

PREFEITURA MUNICIPAL PAINS-MG

NOTA DE EMPENHO N°= 7423/2020-001 NAF: 2020 / 005207

O ordenador da despesa, para efeito da execução orçamentária, determina que seja empenhada neste exercício a importância abaixo discriminada.

Orçamento de: 2020 Tipo: Ordinário Data: 02/10/2020 Ficha: 000498

Órgão.....: 02 - PODER EXECUTIVO
Unidade.....: 02.05 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
SubUnidade.....: 02.05.02 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE-RECURSOS SUS
Classif. Orçamentária: 10.301.0009.2147 - MANUT.BLOCO CUSTEIO ACOES SERV.PUB.SAUDE
Elemento da Despesa...: 3.3.90.39.99 - Outros Serv. Terceiros -Pessoa Jurídica
Fonte de Recurso.....: 1.54.00 - Outras Transferências de Recursos do SUS

Credor...: HUSSEIN ARANTES DIAGNOSTICOS POR IMAGENS Número: 10451
Endereço.: RUA DR TEIXEIRA SOARES N°: 400 Bairro: SANTA LUZIA CEP: 35.570-000
Cidade...: FORMIGA - MG CNPJ...: 15.162.714/0001.73
Banco ...: 756 Agência ...: 4101-0 Conta ...: 2468-6

Pela presente fica empenhada a importância de R\$160,00
Cento e sessenta reais.....

Hist.: REFERENTE A REALIZAÇÃO DE EXAME DE ULTRASSOM ANTEBRAÇO ESQUERDO PARA
ATENDER A PACIENTE HILDA VELOSO FARIA FONSECA. CC/624.045.0

Licitação.: Dispensa Art. 24 2020/1780 Processo N°.: 2020/2509

Data: 02/10/2020 Ordenador da Despesa: Eliana Pereira Vigilato
ELIANA PEREIRA VIGILATO
CPF: 831.937.076-00 / SECRETARIO DE SAUDE

Sendo o saldo da dotação orçamentária o abaixo demonstrado:

SALDO ANTERIOR ...:1.030,00 : VALOR LIQUIDADADO :160,00
VALOR EMPENHADO :160,00 : DESCONTO :0,00
SALDO ATUAL:870,00 : VALOR LIQUIDO ...:160,00
TOTAL EMPENHADO :160,00 : SALDO A LIQUIDAR :0,00
VALOR A LIQUIDAR :160,00

Data: 02/10/2020 Contador(a)/Contabilista: Vilmar Ozanam Borges
VILMAR OZANAM BORGES
CRC: MG 49617 / CONTABILISTA

A liquidação N° 001, no valor R\$160,00, da despesa a que se refere a presente NOTA DE EMPENHO, foi procedida com base no documento apresentado, onde demonstra a entrega do material ou efetivação do serviço prestado.

Data: 02/10/2020 Assinatura: Izomero Jose Machado Junior
IZOMERO JOSE MACHADO JUNIOR
CPF: 061.645.406-66 / CONTROLE INTERNO

Face a liquidação acima autorizo o pagamento desta importância ao favorecido.

Data: 02/10/2020 Ord. Pagto: Eliana Pereira Vigilato
ELIANA PEREIRA VIGILATO
CPF: 831.937.076-00 / SECRETARIO DE SAUDE

Recebi(emos) a importância de R\$160,00 ,Cento e sessenta reais.....
referente a despesa acima mencionada, da qual e dada plena quitação

16 / 10 / 2020

Data

Identidade/CPF/CGC

Assinatura do Credor ou seu Procurador

Quitado conforme documento anexo

RECURSO

BC.: 104 AG.: 1696 CT.: 624045-0 - C.E.FEDER CH.:

DATA: 16 / 10 / 2020

Usuário: Paulo Vitor



UF: MG
Município: PAINS
Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL

Folha: 1

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO - PARCIAL
Número da NAF: 005207 / 0001

Data: 06/10/2020

Emitida por Amanda

Endereço: PRAÇA TONICO RABELO, 164, SEDE - CEP: 35582-000 - Bairro: CENTRO
C.N.P.J.: 20.920.575/0001-30 Inscrição Estadual:
compras@pains.mg.gov.br

Tel / Fax: 3733231285

Número Processo: 002509 / 2020

Data: 02/10/2020

Modalidade: Dispensa Art. 24

Sequencial: 001780 / 2020

Finalidade: 01.001 - COMPRAS/SERVIÇOS

Objeto: PRESTACAO DE SERVIÇOS

Fornecedor: 010451 - HUSSEIN ARANTES DIAGNOSTICOS POR IMAGENS

CNPJ 15.162.714/0001-73

I.E.:

Contato:

Endereço: RUA DR TEIXEIRA SOARES, 400

Complemento: SEDE

CEP: 35570-000 Bairro: SANTA LUZIA

Cidade: FORMIGA

UF: MG

Telefone: 37.3322.0688

Fax:

Email:

Ficha: 00498

Órgão: 02

PODER EXECUTIVO

Unidade: 02.05

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Sub-Unidade: 02.05.02

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE-RECURSOS SUS

Funcional Programatica: 10.301.0009.2147

MANUT.BLOCO CUSTEIO ACOES SERV.PUB.SAUDE

Elemento da Despesa: 3.3.90.39.00

Outros Serv. Terceiros - Pessoa Jurídica

Desdobramento: 99

Outros Serv. Terceiros -Pessoa Jurídica

Fonte de Recurso: 1.54

Outras Transferências de Recursos do SUS

Sub Fonte: 00

Outras Transferências de Recursos do SUS

| Item | Código | Descrição do Material / Serviço | Unidade | Quantidade | Valor Unitário | Valor Total |
|-------|--------|---------------------------------|-----------|------------|----------------|-------------|
| 00001 | 009457 | ULTRASSOM | C Unidade | 1,0000 | 160,0000 | 160,0000 |

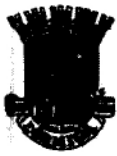
Especificação: ULTRASSOM ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Valor Total: 160,00 (Cento e sessenta reais.)

AMIR OTONI DE OLIVEIRA
CHEFE DE GABINETE

IZOMERO JOSÉ MACHADO JUNIOR
CONTROLE INTERNO

MARINA MURARI RABELO
SETOR DE COMPRAS



Prefeitura Municipal de Formiga
Secretaria Municipal de Fazenda
Departamento de Arrecadação e Fiscalização
 Rua Barão de Plumhy, nº 121 - Centro / Formiga-MG / CEP. 35570-000



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Emissão (Horário de Brasília) **05/10/2020 16:08** Período de Competência **10/2020** Município de Prestação do Serviço **Formiga - MG**
 Reg. Especial Tributação **Nenhum** Natureza da Operação **Tributação no município de Formiga**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social **HUSSEIN ARANTES DIAGNOSTICOS POR IMAGEM LTDA** CPF/CNPJ **15.162.714/0001-73**
 Inscrição Municipal **9009540** Fone/Fax **(37)3322-4232** Simples Nacional **Não** Incentivador Cultural **Não** E-mail **hussen_arantes@hotmail.com**
 Endereço **Travessa DR. TEIXEIRA SOARES, 400 LOJA 02 Bairro Centro CEP 35570-000 Formiga - MG**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social **PREFEITURA MUNICIPAL DE PAINS** CPF/CNPJ **20.920.575/0001-30**
 Inscrição Municipal Fone/Fax **(37)3323-1313** E-mail **tfdpains@hotmail.com**
 Endereço **Praça Tonico Rabelo, 164 Bairro Centro CEP 35582-000 Pains - MG**

Código Tributação Município: 0402-Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Referente ao exame de ultrassonografia do antebraço da paciente Hilda Veloso Faria Fonseca (CPF: 026.296.566-67), realizado em 05 de outubro de 2020.

Luis Augusto da Silv.
Diretor Administrativo
CRA-MG 01-059543/E
HMRVO - Pains/MG

RETENÇÕES FEDERAIS

| PIS (R\$) | COFINS (R\$) | INSS (R\$) | IR (R\$) | CSLL (R\$) | Outras Retenções (R\$) |
|-----------|--------------|------------|----------|------------|------------------------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

VALORES

| Valor dos Serviços (R\$) | Deduções (R\$) | Desconto Incondicionado (R\$) | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) |
|--------------------------|------------------|-------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| 160,00 | 0,00 | 0,00 | 160,00 | 2,00 |
| ISS (R\$) | ISS Retido (R\$) | Desconto Condicionado (R\$) | Valor Líquido (R\$) | Valor Total da Nota (R\$) |
| 3,20 | 0,00 | 0,00 | 160,00 | 160,00 |

OUTRAS INFORMAÇÕES

TRIB. APROX.: R\$21,52 FEDERAL E R\$04,19 MUNICIPAL. FONTE: IBPT 02C353.



UF: MG
 Município: PAINS
 Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL

SOLICITAÇÃO DE EMPENHO
 Número da NAF: 005207 Data: 02/10/2020

Emitida por Amanda

Endereço: PRAÇA TONICO RABELO, 164, SEDE - CEP: 35582-000 - Bairro: CENTRO
 C.N.P.J.: 20.920.575/0001-30 Inscrição Estadual:
 compras@pains.mg.gov.br

Tel / Fax: 3733231285

Número Processo: 002509 / 2020

Data: 02/10/2020

Modalidade: Dispensa Art. 24

Sequencial: 001780 / 2020

Finalidade: 01.001 - COMPRAS/SERVIÇOS

Objeto: PRESTACAO DE SERVIÇOS

Fornecedor: 010451 - HUSSEIN ARANTES DIAGNOSTICOS POR IMAGENS

CNPJ 15.162.714/0001-73

I.E.:

Contato:

Endereço: RUA DR TEIXEIRA SOARES, 400

Complemento: SEDE

CEP: 35570-000 Bairro: SANTA LUZIA

Cidade: FORMIGA

UF: MG

Telefone: 37.3322.0688

Fax:

Email:

Ficha: 00498

Órgão: 02

PODER EXECUTIVO

Unidade: 02.05

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Sub-Unidade: 02.05.02

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE-RECURSOS SUS

Funcional Programatica: 10.301.0009.2147

MANUT.BLOCO CUSTEIO ACOES SERV.PUB.SAUDE

Elemento da Despesa: 3.3.90.39.00

Outros Serv. Terceiros - Pessoa Juridica

Desdobramento: 99

Outros Serv. Terceiros -Pessoa Juridica

Fonte de Recurso: 1.54

Outras Transferências de Recursos do SUS

Sub Fonte: 00

Outras Transferências de Recursos do SUS

NÚMERO DO EMPENHO:

| Item | Código | Descrição do Material / Serviço | Unidade | Quantidade | Valor Unitário | Valor Total |
|-------|--------|---------------------------------|-----------|------------|----------------|-------------|
| 00001 | 009457 | ULTRASSOM | C Unidade | 1,0000 | 160,0000 | 160,0000 |

Especificação: ULTRASSOM ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Valor Total: 160,00 (Cento e sessenta reais.)

REFERENTE A REALIZAÇÃO DE EXAME DE ULTRASSOM ANTEBRAÇO ESQUERDO PARA ATENDER A PACIENTE HILDA VELOSO FARIA FONSECA. CC/624.045.0

AMIR OTONI DE OLIVEIRA
 CHEFE DE GABINETE

IZOMERO JOSE MACHADO JUNIOR
 CONTROLE INTERNO

MARINA MURARI RABELO
 SETOR DE COMPRAS



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PAINS
ESTADO DE MINAS GERAIS**

Secretaria Municipal de Saúde
e-mail: sms@hotmail.com, tfdpains@hotmail.com

Fone: (37)3323/1111

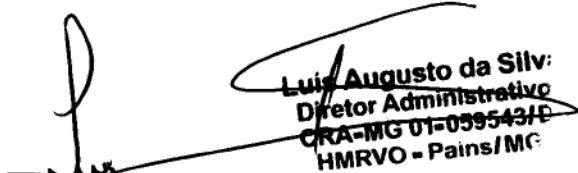
MEMORANDO/SMS/TFD/PAINS/418

PAINS-MG
02/10/2020

Ao Departamento de Compras:

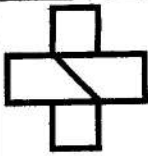
Venho através deste, solicitar contratação de empresa, para realização de exame de ULTRASSOM ANTEBRAÇO ESQUERDO para atender a paciente HILDA VELOSO FARIA FONSECA.

“Todo cidadão tem direito às ações e serviços necessários para a programação, a proteção e recuperação de sua saúde, incluindo a realização de consulta médica e exames nas unidades do SUS (Artigo 196 e 198, II da Constituição Federal, 5º, III e 7º. Da Lei 8.080/90).”


Luis Augusto da Silva
Diretor Administrativo
CRA-MG 01-059543/E
HMRVO - Pains/MG

LUIS AUGUSTO DA SILVA
DIRETOR ADMINISTRATIVO HOSPITALAR
PAINS-MG

Rua Manoel Lopes, nº 164 – Centro – CEP: 35582-000
Fone: (37) 3323-1222 – (37)3323-1111



SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PAINS

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - CNPJ: 20.920.575/0001-30

"Prevenção de Doenças; Prevenção de Saúde; Gerando Qualidade de Vida".

RUA PADRE JOSÉ VENÂNCIO, 770 - CENTRO - PABX: (37) 3323-1222 - FAX: (37) 3323-126
CEP 35582-000 PAINS MINAS GERAIS

FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA Encaminhamento para consultas e exames especializados

1 - IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Aldeia Veloso Faria Fonseca TELEFONE: _____
RESPONSÁVEL: _____ RG: _____ CPF: _____
ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____
PRONTUÁRIO: _____ UNIDADE BÁSICA: _____ DATA NASC.: _____

2 - REFERÊNCIA AO ESPECIALISTA:

altíssima anfibronco esquerdo
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: (o solicitante deve fornecer dados que caracterizam a necessidade do exame e sua urgência ou não)
Análise de nodulos anfibronco velar esquerdo.
CID: _____

EXAMES REALIZADOS E PRINCIPAIS RESULTADOS: _____

30, 09, 2020
DATA

[Assinatura]
Dr. Luiz Henrique S. Almeida
CRM MG 45306
CONTROLE 089906
ASSINATURA E ARTIMBO MÉDICO

3 - CONTRA-REFERÊNCIA:

LAUDO MÉDICO: _____

PROCEDIMENTOS (Realizados/Solicitados): _____

EXAMES REALIZADOS: _____

CID: _____ COD SSM: _____

DATA ASSINATURA MÉDICA



**Comprovante de Solicitação de Remessa de TED
via GovConta Caixa**

| | |
|------------------------|--------------------------------|
| Tipo de TED: | Terceiros |
| Nome: | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE PAINS |
| Conta Origem: | 1696/006/00624045-0 |
| Tipo de Conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de Pessoa: | Jurídica |
| CPF/CNPJ: | 11.193.359/0001-49 |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Banco: | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. |
| Conta Destino: | 4101/2468-6 |
| Tipo de Conta: | 01 |
| Tipo de Pessoa: | Jurídica |
| Nome: | HUSSEIN ARANTES DIAGNOSTICOS POR IMAGEM |
| CPF/CNPJ: | 15.162.714/0001-73 |
| Valor: | R\$ 160,00 |
| Valor da Tarifa: | R\$ 10,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da Operação: | PAGAMENTO FORNECEDOR |

| | |
|----------------------------|-----------------------|
| Data de Débito: | 16/10/2020 |
| Data da Operação: | 16/10/2020 - 08:41:10 |
| Código da Operação: | 24407662 |

| |
|---------------------------------|
| CPFs que já Autorizaram: |
| 437.766.716-53 |

Esta operação só será efetivada após a assinatura de todos os Representantes Legais.

As assinaturas devem ser inseridas todas no mesmo dia, dentro do horário limite estabelecido.

A transação encontra-se disponível em Consulta Pendências.

Para imprimir o comprovante, utilize a opção de impressão do seu browser.

RETORNAR

CADASTRAR FAVORECIDO

IMPRIMIR FECHAR

:: Comprovantes

CAIXA

Comprovante de Remessa de TED via GovConta Caixa

| | |
|------------------------|--------------------------------|
| Tipo de TED: | Terceiros |
| Nome: | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE PAINS |
| Conta Origem: | 1696/006/00624045-0 |
| Tipo de Conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de Pessoa: | Jurídica |
| CPF/CNPJ: | 11.193.359/0001-49 |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Banco: | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. |
| Conta Destino: | 4101/2468-6 |
| Tipo de Conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de Pessoa: | Jurídica |
| Nome: | HUSSEIN ARANTES DIAGNOSTICOS POR IMAGEM |
| CPF/CNPJ | 15.162.714/0001-73 |
| Valor: | R\$160,00 |
| Valor da Tarifa: | R\$10,00 |
| Finalidade | 10-Crédito em Conta |
| Identificação da Operação: | PAGAMENTO FORNECEDOR |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Data de Débito: | 16/10/2020 |
| Data da Operação: | 16/10/2020 |
| Código da Operação: | 00127283 |
| Chave de Segurança: | W4C4WQTYJV8GVRAS |

| |
|----------------------------|
| CPFs Autorizadores: |
| 444.969.316-72 |
| 437.766.716-53 |

Operação realizada com sucesso.

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.